Zur Statistik der Gallenstein-erkrankungen und ihrer Komplikationen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Otto Renner,

approb. Arzt aus Wernigerode a. H.

München, 1905.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549027_0193

Zur Statistik der Gallenstein-erkrankungen und ihrer Komplikationen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Otto Renner,

approb. Arzt aus Wernigerode a. H.

ACAD. LUDD. BAT. BIBL.

München, 1905.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. von Bollinger.

Im steten Fortschritt der Kunst und Kühnheit der Chirurgen hat die Chirurgie jetzt viele Gebiete für sich in Anspruch genommen, die früher allein der innern Medizin angehörten. Gerade diese Grenzgebiete haben in den letzten Jahren grosse Förderungen erfahren; denn es wurde hier von zwei Seiten gearbeitet, und jede von beiden Parteien suchte das Gebiet der andern streitig zu machen. Man braucht nur an den noch immer herrschenden Streit der Meinungen in der Appendizitisfrage zu denken.

Verhältnismässig neueren Ursprungs ist die Herübernahme der Cholelithiasis in das Gebiet der Chirurgie. Die Schwierigkeiten in der Stellung einer genauen Diagnose und in der Technik der Operation sind wohl daran schuld, dass die Behandlung der Cholelithiasis noch nicht so häufig von den Chirurgen in Anspruch genommen wird, wie sie es verdient. Wie weit die Übernahme in das Gebiet der Chirurgie gehen darf, kann erst die Erfahrung lehren. Auch die Beobachtungen am Sektionstisch können zur Entscheidung dieser Frage mit in Betracht gezogen werden.

Zu diesem Zwecke habe ich auf Anregung des Herrn Obermedizinalrat Dr. von Bollinger die Sektionsjournale der letzten zehn Jahre von 1895—1904, was einer Zahl von 8803 Leichen Erwachsener entspricht, durchgesehen, um festzustellen, wie häufig Gallensteinkomplikationen auftreten und welcher Art sie sind. Die Ergebnisse habe ich in folgendem zusammengestellt.

I. Das Carcinom der Gallenblase und Gallenwege.

Zahlreiche Untersuchungen und Befunde schon in früherer Zeit konstatieren das relativ häufige Zusammentreffen von primärem Gallenblasenkrebs mit Gallensteinen. Anfangs hielt man das Carcinom für die primäre Erkrankung, die Steinbildung für die sekundäre; doch wies 1889 Zenker durch seine „Beiträge über primären Krebs der Gallenblase und seine Beziehung zu Gallensteinen und Gallenblasennarben“ nach, dass das umgekehrte Verhältnis bestünde. Bei 48 Fällen von Gallenblasencarcinom, die er zusammenstellte, fand er 41 mal Gallensteine, so dass ein causaler Zusammenhang dadurch höchst wahrscheinlich gemacht wurde. Er kommt zu dem Schlusse, dass die Gallensteine das primäre Leiden sind, sie verursachen durch ihren chronischen Reiz Geschwüre und Vernarbungen, auf Grund deren es zu atypischen Gewebswucherungen kommt. Weiterhin stellte Corvouisier in 103 Fällen von Gallenblasenkrebs 84 mal Steine fest, während Spohr in 88% Steine bei Gallenblasencarcinom fand. Auch Bollinger bekannte sich frühzeitig nach seinen Erfahrungen am hiesigen pathologischen Institut zu dieser Ansicht und führt unter anderem als Beweis an, dass analog dem häufigerem Auftreten von Gallensteinen bei Frauen, auch beim Gallenblasenkrebs ein gleiches Verhältnis besteht, eine Behauptung, die auch durch meine Untersuchung ihre Bestätigung findet. Auch Siegert kommt auf Grund von sieben ausführlich mitgeteilten Fällen zu dem Schlusse, dass sich beim Gallenblasenkrebs fast ausnahmslos Steine finden, und dass sie jedenfalls Ursache, sicher nicht Folge desselben sind.

Ich fand in einem Zeitraum von zehn Jahren — das entspricht einer Anzahl von 8803 Sektionen von Erwachsenen — 23 primäre Carcinome der Gallenblase und Gallengänge. Hiervon waren 20 mit einem Gallensteinbefund kom-

pliziert, während in drei Fällen keine Steine nachzuweisen waren. Von diesen 20 Fällen treffen nur drei das männliche Geschlecht, 17 dagegen das weibliche. Was die Verteilung auf die verschiedenen Lebensalter anbelangt, so ergeben sich folgende Zahlen:

Zwischen	30—40	Jahren	1 Fall,
„	40—60	„	4 Fälle,
„	60—70	„	14 „
„	80—90	„	1 Fall.

Als Gallenblasenfunduscarcinome stellten sich 15 heraus, zwei gingen vom Gallenblasenhals aus, während zwei den Ductus cysticus und eins den Ductus choledochus betrafen.

Die Neubildungen sind zum grossen Teil weit fortgeschritten, wie sie zur Sektion kamen. Es sind daher häufig Übergreifen auf die Nachbarorgane und Metastasen angegeben. Am häufigsten in der Leber, dann im Pankreas, Mesenterium, Darmwandung, Pleurahöhlen, Leberpfortaderdrüsen, einmal findet sich eine carcinomatöse Peritonitis vor.

Dies steht im Widerspruch mit der Kehr'schen Ansicht, der behauptet, dass es selten zu Metastasen komme, weil die Neubildungen langsam wüchsen und die absolute Gallenstauung schon früher tödlich zu werden pflege; dann an einer anderen Stelle: „Der Natur der Sache nach brauchen diese Neubildungen nicht gross zu sein, um erhebliche Störungen und in kurzer Zeit den Tod eintreten zu lassen.“ In allen Fällen, ausser 5, ist ein allgemeiner Ikterus angegeben.

Von Interesse ist vielleicht noch, dass sich bei drei sekundären Gallenblasencarcinomen und bei zwei primären Lebercarcinomen Gallensteine fanden; auch wurde ein Fall seziert, wo durch ein Carcinom an der Papille des Duodenums eine hochgradige Stauung und Dilatation der Gallengänge mit einem Steinbefund kompliziert konstatiert wurde.

I.

1. 1895. Nr. 174. W., 36 Jahre. Adenocarcinom des Ductus choledochus. Gallenstein im Ductus cysticus eingekeilt. Sekundäre Leberabszesse im rechten Leberlappen. Hämorrhagische Pericarditis. Serofibrinöse Pleuritis. Allgemeiner Ikterus.

2. 1896. Nr. 1022. W., 45 Jahre. Carcinom, ausgehend von der Gallenblasenwandung. Enorme Ektasie der Gallenblase infolge Verlegung des Ductus cysticus durch einen Stein. Inhalt eitrig. Sekundäres Carcinom der Leber. Carcinomatöse Peritonitis. Allgemeiner schwerer Ikterus.

3. 1896. Nr. 1041. W., 76 Jahre. Carcinom der Gallenblase. Verschluss des Ductus choledochus durch einen Stein. Trübe Schwellung der Leber; Ikterus. Adipositas universalis.

4. 1897. Nr. 97. W., 67 Jahre. Carcinom, ausgehend von dem Gallenblasenhals, übergreifend auf den Ductus cysticus und das umgebende Lebergewebe und den Kopf des Pankreas. Reichliche Gallensteine. Hämorrhagische Cholecystitis. Stenose des ganzen Anfangsteil des Ductus choledochus durch die vom Ductus cysticus aus gewucherten Krebsmassen. Umschriebene hämorrhagische Peritonitis, ausgehend von der Wand der stark gespannten Gallenblase. Allgemeiner, hochgradiger Ikterus. Croupöse Pneumonie. Struma.

5. 1897. Nr. 297. W., 67 Jahre. Carcinom, ausgehend von der Gallenblase mit Übergreifen auf den Ductus cysticus und die Leber und den Pankreaskopf. Multiple Metastasen in der Leber. Gallensteine. Akute Endocarditis der Mitralis. Hochgradige Adipositas cordis. Schwerer allgemeiner Ikterus.

6. 1898. Nr. 172. W., 67 Jahre. Beginnendes Carcinom des Ductus cysticus, Verlegung desselben durch einen Gallenstein. Chronische fibröse Cholangitis. Braune Atrophie des Herzens. Allgemeiner schwerer Ikterus.

7. 1898. Nr. 387. W., 86 Jahre. Scirrhus der Gallenblase mit zahlreichen Knoten in der Leber. Gallensteine. Erweiterung des Ductus cysticus, hepaticus und choledochus. Cholecystitis fibrosa und purulenta. Im Ductus cysticus ein eingekeilter Stein. Schnürfurche der Leber. Sklerose der Coronararterien. Allgemeine Atheromatose und Atrophie.

8. 1898. Nr. 587. W., 66 Jahre. Carcinom der Gallenblase mit Übergreifen auf die Leber. Ausgedehnte Cholelithiasis. Adipositas cordis. Degeneration der Nieren.

9. 1899. Nr. 992. W., 74 Jahre. Carcinom der Gallenblase mit Übergreifen auf die Gallengänge der Leber. Ductus cysticus verlegt durch Krebsknoten und stark erweitert. Cholelithiasis. Braune Atrophie des Herzens. Chronische fibröse Endocarditis.

10. 1900. Nr. 767. M., 40 Jahre. Primäres Carcinom der Gallenblase. Sekundäres Lebercarcinom. Gallensteine. Adipositas cordis. Atheromatose der Aorta und Coronargefässe.

11. 1900. Nr. 1034. W., 62 Jahre. Carcinom der Gallenblase, nach der Leber übergreifend. Zahlreiche kleine Gallensteine. Verschluss des Ductus cysticus und Obliteration. Schwerer Ikterus.

12. 1901. Nr. 401. M., 62 Jahre. Carcinom des Ductus cysticus mit multipler Ausbreitung in der Leber. Gallensteine. Eitrige Cholecystitis. Dilatation und braune Atrophie des Herzens. Hochgradiger Ikterus.

13. 1901. Nr. 659. W., 70 Jahre. Primäres Carcinom der Gallenblase mit Übergreifen auf die Leber. Diffuse Carcinose der Leber. Ein hühnereigrosser Stein. Adipositas cordis. Schwerer allgemeiner Ikterus.

14. 1903. Nr. 29. M., 80 Jahre. Beginnendes Carcinom der Gallenblase. Kleine Konkremente. Braune Atrophie des Herzens, marantische Thrombose. Schlaffe Pneumonie.

15. 1903. Nr. 72. W., 72 Jahre. Primäres Carcinom des Gallenblasenhalses. Cholecystitis purulenta. Ausgedehnte Cholelithiasis. Vollständiger Verschluss der Gallenwege. Multiple Metastasen in der Leber. Fibröse Endocarditis. Hochgradige Arteriosklerose. Enormer Ikterus. Ikterischer Ascites. Beginnende Schrumpfniere.

16. 1903. Nr. 284. W., 62 Jahre. Carcinom der Gallenblase mit Cholelithiasis. Metastasen in der Leber, Pankreas, Diaphragma. Miliare Dissemination in beiden Pleurahöhlen. Myodegeneratio und Dilatatio cordis. Hochgradiger Ikterus.

17. 1903. Nr. 309. W., 62 Jahre. Carcinom im Fundus der Gallenblase. Chronische Cholecystitis und Cholangitis. Circuläre Metastasen im Ductus choledochus und an der Confluenz vom Ductus hepaticus und cysticus. Metastasen in den benachbarten Lymphdrüsen. Schwerer Ikterus der Leber. Adipositas cordis. Allgemeiner Ikterus. Beginnende parenchymatöse Degeneration der Nieren.

18. 1903. Nr. 577. W., 75 Jahre. Primäres Carcinom der Gallenblase bei Cholelithiasis. Metastasen in der Leber, Mesenterium, Darmwandung und Corpus uteri. Dilatation und braune Atrophie des Herzens.

19. 1903. Nr. 607. W., 72 Jahre. Carcinom der Gallenblase bei Cholelithiasis. Verlegung bezw. Obliteration des Ductus cysticus. Metastasen in der Leber und Pankreas. Trübe Schwellung der Leber. Braune Atrophie des Herzens. Allgemeiner Itkerus.

20. 1904. Nr. 481. W., 60 Jahre. Primäres Carcinom der Gallenblase mit Cholelithiasis, übergreifend auf den rechten Leberlappen. Metastasen in den Leberpfortaderlymphdrüsen. Akute fibrinöse Pleuritis. Fibrinose eitrige Pneumonie.

Ehe ich im einzelnen auf die weiteren Gallensteinkomplikationen eingehe, ist es angezeigt, im Zusammenhang etwas über ihre Entstehung zu sagen, da sie sämtlich ihre erste Ursache in einer Cholecystitis haben.

Dank den zahlreichen Untersuchungen auf diesem Gebiet können wir uns ein klares Bild von der Steinbildung und Cholecystitis machen. Naunyn hat hauptsächlich die Lehre von der Steinbildung begründet, wie sie jetzt allgemein bekannt ist. Nach seiner Lehre müssen wir als notwendige Ursache einen Katarrh der Gallenblase voraussetzen. Nehmen wir diesen Entzündungszustand der Gallenblasenschleimhaut als bei allen Gallensteinbefunden als vorausgegangen an, so müssen wir auch zugeben, dass er sich vollständig wieder zurückbilden kann. Denn am Sektionstisch finden wir ausserordentlich häufig Gallensteine ohne irgendwelche entzündliche Veränderungen der Gallenblasenschleimhaut nachweisen zu können; mögen nun die Abflussverhältnisse wieder günstigere geworden sein, oder mag die Schleimhaut sich nach anfänglich entzündlicher Reaktion den neuen Verhältnissen angepasst haben.

Nach Naunyn enthält nun die steinhaltige Gallenblase immer Mikroben, die aber in der Regel durch die meist fliessende Galle weggespült werden. Stagniert nun die Galle aus irgend einem Grunde, so bekommen sie eine grössere Wachstumsenergie, und es kommt zu einer Cholecystitis. Diese kann serös, eitrig oder hämorrhagisch sein. Dringt aber die Entzündung weiter vor, so dass die Serosa der Gallenblase in Mitleidenschaft gezogen wird, so entsteht eine Pericholecystitis, die in weiterer Ausdehnung zu einer circumskripten serösen Peritonitis führen kann. Wenn die Cholecystitis eine eitrige war, so kann sie durch Übergreifen auf die Serosa der Gallenblase zu einer eitrigen Peritonitis führen, ohne dass eine Perforation dazu nötig ist. Unter anderen teilt auch Kehr diese

Ansicht, der wohl auf diesem Gebiete die grösste Erfahrung besitzt. Eine eingehende Schilderung, wie solche Verhältnisse zustande kommen, finde ich in jüngster Zeit von Hofmeister gegeben, welche ich im Wortlaut folgen lasse.

„Eine Infektion der hydropischen Gallenblasse vom Darm oder vom Blut aus bewirkt eine akute Vermehrung des Inhalts durch entzündlichen Erguss; durch die enorme Wandspannung wird die venöse Zirkulation gehemmt und schliesslich ganz aufgehoben; die Folge davon ist eine seröse, weiterhin blutige Durchtränkung der Wand und schliesslich Nekrose. Dass dabei die innersten Schichten zuerst und am stärksten in Mitleidenschaft gezogen werden, ist nur natürlich, denn sie sind von der Quelle der Zirkulation am weitesten entfernt und werden andererseits von dem Druck des Inhalts am stärksten betroffen und sind der schädigenden Wirkung der Bakterien unmittelbar ausgesetzt. Dazu kommt der mechanische Insult durch Steine. Analogon für Auftreten von Nekrose auf der Basis primärer Schädigung der Venenzirkulation ist akuter Darmverschluss. Die Annahme der primären diffusen Schädigung der Vitalität der Gallenblasenschleimhaut liefert uns den Schlüssel zur Erklärung des rapiden Auftretens schwerster lokaler und allgemeiner, peritonitischer Reizerscheinungen auch in Fällen, wo grobanatomische Perforation nicht vorliegt. Die Gallenblasenwand ist nicht mehr imstande, die Umgebung gegen ihren toxisch-infektiösen Inhalt zu schützen, sie ist phlegmonös erkrankt, ihre ganze Oberfläche wird mit einem Schlage selbst zur Infektionsquelle, und das Schicksal des Patienten hängt in den ersten Tagen lediglich davon ab, ob die Nachbarorgane rasch genug einen schützenden Adhäsionswall bilden können, und ob dieser Stand hält. Gelingt dies, und bei nicht allzugrosser Virulenz der Mikroorganismen ist es ja zweifellos möglich, dann gehen die peritonitischen Erscheinungen zurück, der Tumor bleibt be-

stehen, die Gallenblasenwand wird narbig induriert, der Inhalt gewinnt eitrige Beschaffenheit, gleich chronischen Empyem.“

Meist sind aber wohl Perforationen der Gallenblase Ursache für die Peritonitiden, durch den stetigen Druck der Steine entstehen in der schon entzündeten Schleimhaut Decubitalgeschwüre, die oft spontan durch Narbenbildung heilen, häufig aber auch perforieren. Führt die Perforationsöffnung in die freie Bauchhöhle, so tritt, wie gesagt, eine diffuse Peritonitis ein. Wenn dagegen frühere Verwachsungen bestanden, die der sich ausbreitenden Infektion einen Wall entgegensetzen können, so kann die Peritonitis einen ganz lokalen Charakter behalten. Das Exsudat wird dann entweder wieder resorbiert werden, oder es kann sich abkapseln, als Rest findet man dann die Verwachsungen der Gallenblase, die sie an die Nachbarorgane fixiert. Bestanden solche Verwachsungen schon vor der Perforation, so kann die Perforation auch in die Nachbarorgane hinein erfolgen, bleiben diese Öffnungen bestehen, so haben wir Gallenblasenfisteln.

Diffuse eitrige Peritonitis.

Nur einen geringen Bruchteil der allgemeinen eitrigen Peritonitiden nehmen die ein, welche von der Gallenblase ausgehen. So zählt Benda von 4184 Sektionen des Urbankrankenhauses 180 Fälle von allgemeiner Peritonitis, von denen jedoch nur 3 von der Gallenblase ihren Ausgang nahmen. Ullmann, der Untersuchungen über Perforationen der Gallenblase durch Steine anstellte, fand unter 8000 Sektionen innerhalb der Jahre 1877—1896 nur 39 Fälle von Gallensteinperforationen, von denen 9 in die freie Bauchhöhle stattgefunden hatten. Zu demselben Zwecke verwertete Courvoisier das Sektionsmaterial des Basler pathologischen Institus; er fand bei 255 Gallensteinbefunden einmal eine Perforation in die freie Bauchhöhle, in gleicher Zeit aber fünfmal einen Durchbruch in den Darm.

Bei der Durchsicht der 8803 Sektionen des Münchener pathologischen Instituts in den Jahren 1895—1904 ergaben sich folgende Resultate: Es fanden sich 9 Fälle von allgemeiner eitriger Peritonitis, die von der Gallenblase ausgingen; in 5 Fällen wurde eine Perforation angegeben, die fand sich zweimal im Fundus, zweimal im Gallenblasenhals, einmal im Ductus choledochus vor. Dass der Hals verhältnismässig häufig in pathologisch-anatomischer Beziehung betroffen sei, gibt auch Kehr auf Grund seiner Beobachtungen bei zahlreichen Operationen an.

II.

1. 1896. Nr. 68. W., 42 Jahre. Cholelithiasis, chronische Cholecystitis, akute circumskripte Peritonitis mit konsekutiver, diffuseitriger Peritonitis. Gallenblase mit Quercolon verwachsen. Schnürleber. Adipositas cordis.

2. 1896. Nr. 759. W., 61 Jahre. Akute eitrige Peritonitis, ausgehend von einer Perforation der Gallenblase. Perforationsöffnung am Gallenblasenhals für kleinen Finger durchgängig. Cholecystitis fibrosa. Adipositas cordis. Hochgradige allgemeine Adipositas. Ikterus.

3. 1900. Nr. 460. M., 69 Jahre. Perforiertes Empyem der Gallenblase. Perforationsöffnung bleistiftstark, darunter ein zackiger Stein, eitrige Cholecystitis und Pericholecystitis. Adipositas cordis. Konsekutive, akute, diffuse, eitrig-fibrinöse Peritonitis.

4. 1900. Nr. 997. M., 65 Jahre. Perforation der Gallenblase am Hals. Oberhalb der Perforationsöffnung ein scharfkantiger Stein. Eitrige Cholecystitis. Konsekutive, diffuse, eitrig-hämorrhagische Peritonitis. Adipositas und braune Atrophie des Herzens. Verrucöse Endocarditis und Dilatation.

5. 1902. Nr. 216. M., 75 Jahre. Akute, jauchende Peritonitis bei geschwürig-nekrotisierender Cholecystitis und Cholelithiasis. Hypertrophie und Dilatation des Herzens.

6. 1902. Nr. 771. M., 61 Jahre. Nekrotisierende, ulceröse Entzündung des Ductus choledochus mit Perforation desselben. Cholelithiasis. Konsekutive, eitrige, fibrinöse Peritonitis diffusa. Thrombophlebitis der Pfortader.

7. 1903. Nr. 270. W., 51 Jahre. Diffuse, eitrig-fibrinöse Peritonitis, ausgehend von der Gallenblase, Cholelithiasis. Totale Synechie des Herzbeutels. Trübe Schwellung sämtlicher Organe.

8. 1903. Nr. 408. W., 88 Jahre. Eitrig-nekrotisierende Cholecystitis und sekundäre Pericholecystitis. Perforation. Folgende allgemeine eitrige Peritonitis. Fibrinöse Pneumonie, sekundäre Pleuritis serofibrinosa.

9. 1904. Nr. 426. W., 71 Jahre. Eitrig-fibrinöse Peritonitis consecutiva bei nekrotisierender Cholecystitis am Hilus der Gallenblase. Cholelithiasis. Adipositas, Dilatation und beginnende braune Atrophie des Herzens. Allgemeine Adipositas.

Als folgende Komplikation schliesst sich eine circumskripte fibröse Peritonitis an. Nur in drei Fällen war eine solche ausdrücklich angegeben.

III.

1. 1896. Nr. 776. M., 75 Jahre. Circumskripte fibröse Peritonitis. Cholelithiasis mit Einkeilung mehrerer Steine im Ductus choledochus. Eitrige Cholangitis und Cholecystis. Geschwüriger Zerfall der Schleimhaut. Adipositas cordis. Schwerer allgemeiner Ikterus.

2. 1901. Nr. 348. W., 62 Jahre. Fibröse Peritonitis infolge von perforierenden Fisteln der Gallenblase bei akutem Choledochusverschluss durch einen haselnussgrossen Stein. Dilatation der grossen und kleinen Gallengänge. Leichte Lebercirrhose. Leichte Endocarditis. Beginnende Fettdegeneration des Herzens. Beginnender Ikterus.

3. 1901. 716. W., 52 Jahre. Fibröse Peritonitis. Eitrige Cholecystitis. Cholelithiasis. Verwachsung mit dem Anfangsteil des Duodenum und beginnende Perforation desselben. Dilatation und Adipositas cordis. Endotheliomatose des Peritoneums.

Die circumskripten fibrösen Peritonitiden oder, wie man sie im Anfangsstadium nennt, Pericholecystitis fibrosa, führen in der Regel zu Verwachsungen. Wir müssen also in allen Fällen, wo wir Verwachsungen finden, eine solche voraussetzen. Die wenig ausgedehnten Verwachsungen der Gallenblase mit dem Netz, Colon transversum sind überaus häufig. In der folgenden Tabelle sind nur solche aufgenommen, bei denen sich ein besonderer Vermerk in der Diagnose des Sektionsberichtes vorfand. Es waren dies 25 Fälle:

Ohne genauere Angaben, mit der Umgebung		5	Fälle
	mit Colon	7	„
	mit Duodenum	2	„
	„ Leber	4	„
Colon und Bauchwand		1	Fall
„ „	Duodenum	1	„
„ „	Leber	1	„
„ „	Omentum	1	„
Leber „	Magen	1	„
„ „	Pankreas	1	„

Während sonst Gallenblasenfisteln häufiger angegeben werden, konnte ich bestimmt, als solche in den Sektionsberichten angegeben, nur drei eruieren; sie betrafen sämtlich Kommunikationen zwischen Colon und Gallenblase. Die Fälle sind in der folgenden Tabelle unter den Nummern 14, 15, 22 angegeben.

IV.

1. 1895. Nr. 433. M., 66 Jahre. Gallenblase mit ihrer Umgebung verwachsen und obliteriert. Fundus mit Steinen angefüllt. Pemphigus foliaceus. Nephrolithiasis.

2. 1895. Nr. 548. W., 81 Jahre. Schleimhaut der Gallenblase verdickt. Ein Stein. Mit der Umgebung verwachsen und obliteriert. Stauungsleber und Schnürfurche. Myodegeneratio cordis. Allgemeine Stauung.

3. 1895. Nr. 645. W., 50 Jahre. Gallenblase um das Doppelte vergrössert, vollständig ausgefüllt mit über 100 hanfkorn- bis haselnussgrossen Steinen. Ductus cysticus und choledochus ausgefüllt mit kleineren. Auch im Ductus hepaticus und in der Leber noch einige Steine. Verlötung der Blase an die Flexura coli dextra und vordere Bauchwand.

4. 1896. Nr. 68. W., 42 Jahre. Verwachsung mit Quercolon s. unter diffuser eitriger Peritonitis Nr. 1.

5. 1896. Nr. 952. W., 45 Jahre. Gallenblase vollständig obliteriert und mit der Umgebung verwachsen. Ein Stein. Chronische interstitielle Nephritis.

6. 1897. Nr. 471. M., 59 Jahre. Cholelithiasis. Gallenblase mit Quercolon verwachsen. Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Chronische, parenchymatöse Nephritis.

7. 1897. Nr. 760. M., 60 Jahre. Obliteration der Gallenblase; diese durch zahlreiche Narben mit der Leber verwachsen. Cholelithiasis. Endocarditis verrucosa. Dilatatio cordis. Croupöse Pneumonie. Chronische, parenchymatöse Nephritis.

8. 1897. Nr. 999. W., 56 Jahre. Cholelithiasis. Gallenblase mit Quercolon verwachsen, Schleimhaut verdeckt. Pericarditis adhaesiva. Ileothyphus.

9. 1898. Nr. 569. W., 79 Jahre. Cholelithiasis. Pericholecystitis adhaesiva. Obliteration der Gallenblase. Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Marantische Thrombose. Stauungsorgane.

10. 1898. Nr. 571. W., 61 Jahre. Cholelithiasis. Verödung der Gallenblase. Im Hals ein Stein eingekeilt. Adhäsive Pericholecystitis. Verlötung mit dem Colon.

11. 1898. Nr. 1006. M., 41 Jahre. Gallenblase verwachsen mit Pylorus und vollständig mit Steinen angefüllt. Käsige Pneumonie und Pleuritis.

12. 1899. Nr. 145. M., 45 Jahre. Fibröse Pericholecystitis. Verwachsung mit der Leber. Cholelithiasis. Anämische Fettleber. Chronische Lungentuberkulose. Subakute Darmtuberkulose.

13. 1899. Nr. 319. W., 76 Jahre. Gallenblase mit Leber verwachsen. Ein taubeneigrosser Stein. Atheromatose der Aortenklappen und grossen Gefässe.

14. 1899. Nr. 670. W., 77 Jahre. Verwachsung der Gallenblase mit Omentum und Colon. Fistel zwischen Gallenblase und Colon. Cholelithiasis. Schleimhaut verdickt.

15. 1900. Nr. 355. W., 44 Jahre. Cholelithiasis. Verwachsung der Gallenblase mit der Umgebung, sowie mit Colon und Duodenum. Perforation der Gallenblase am Fundus. Fistel mit Colon, in dieser ein Stein. Eitriger Inhalt in der Gallenblase. Blase obliteriert.

16. 1901. Nr. 303. M., 74 Jahre. Cholelithiasis. Gallenblase mit der Umgebung verwachsen. Mässige Vergrösserung des Herzens.

17. 1901. Nr. 716. W., 52 Jahre. Verwachsung der Gallenblase mit Duodenum, s. unter fibröse Peritonitis Nr. 3.

18. 1902. Nr. 168. W., 74 Jahre. Hochgradige Cholelithiasis. Hydrops der Gallenblase und -gänge. Verwachsung mit dem Duodenum. Schnürleber. Braune Atrophie des Herzens. Fibrinöse, sublobuläre Pneumonie. Links serofibrinöse Pleuritis.

19. 1902. Nr. 845. W., 65 Jahre. Siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 23.

20. 1902. Nr. 353. W., 44 Jahre. Cholelithiasis. Stein im Ductus cysticus. Verwachsung mit Magen und Leber.

Hypertrophie des rechten Ventrikels. Eitrige, fibrinöse Peritonitis, ausgehend von ulceröser Appendicitis.

21. 1902. Nr. 845. Verwachsung mit Leber und Pankreaskopf. Siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 23.

22. 1903. Nr. 153. W., 56 Jahre. Chronische eitrige Cholecystitis. Fistel der Gallenblase mit Colon transversum, Adipositas cordis. Pyelitis und Pyelonephritis. Carcinoma uteri.

23. 1904. Nr. 221. W., 64 Jahre. Cholelithiasis. Gallenblase mit Colon transversum verwachsen. Tabes dorsalis. Jauchige Cystitis. Urämie.

24. 1904. Nr. 610. W., 78 Jahre. Cholelithiasis. Verwachsung der Gallenblase mit Flexura coli dextra. Adipositas cordis. Sklerose der Coronararterien. Multiple Bronchiektasien.

25. 1904. Nr. 957. M., 54 Jahre. Cholelithiasis. Fixierung der Gallenblase am Colon transversum und Leber. Hypertrophie und Dilatation des Herzens.

Eitrige Cholecystitis.

Über die Entstehung der eitrigen Cholecystitis ist schon oben gesprochen. In 30 Fällen wurde in den Sektionsprotokollen von einer solchen berichtet. Die Entzündung betraf meist die Gallenblase allein, nur in zwei Fällen waren die Gallengänge mitbetroffen, während in vier Fällen, in den Gallengängen allein, ein Eiterbefund festgestellt wurde.

Leberabszesse bei eitriger Cholecystitis entstehen durch aufsteigende Infektion in den Gallengängen oder durch direkte Infektion der Leber bei Verwachsung der Gallenblase mit der Leber. Unter den vier Fällen (= 13,3 % aller eitriger Cholecystitiden) von eitriger Cholecystitis, die ich mit Leberabszessen kompliziert fand, liess sich in drei Fällen eine ascendierende Infektion feststellen, einmal war diese durch Choledochusverschluss besonders begünstigt; in dem vierten

Falle fehlt eine Angabe über die Infektion der Gallengänge, dagegen ist angegeben, dass die Gallenblase mit einer Abszesshöhle der Leber kommuniziert, wir können also hier annehmen, dass ein direkter Durchbruch von der Gallenblase in die Leber hinein stattgefunden habe.

V.

1. 1895. Nr. 924. W., 72 Jahre. Cholelithiasis. In der Gallenblase schleimig-eitriger Inhalt. Schnürleber. Endocarditis fibrosa. Apoplexie.

2. 1896. Nr. 77. W., 61 Jahre. Cholelithiasis. Cholangitis und Cholecystitis suppurativa. Hypertrophie des Herzens. Atheromatose der Coronargefässe. Croupöse Pneumonie.

3. 1896. Nr. 778. M., 75 Jahre. Siehe unter circumskripter fibroser Peritonitis Nr. 1.

4. 1896. Nr. 1022. W., 45 Jahre. Siehe Carcinom Nr. 2.

5. 1897. Nr. 762. M., 72 Jahre. Septicopyämie bei eitriger Cholecystitis und Cholangitis. Multiple Leberabszesse. Im Ductus choledochus ein eingekeilter Stein. Gallenblase verkleinert. Hochgradige Adipositas cordis. Embolische Lungenabszesse, schlaffe Pneumonie.

6. 1898. Nr. 194. M., 57 Jahre. Leberabszesse. Ausgehend von Gallensteinen. Obliteration der Gallenblase. Cholangitis suppurativa. Ductus hepaticus, Cysticus und Choledochus stark erweitert. Im Abszess ein kirschkerngrosser Stein. Adhäsive Pericarditis. Hirnabszess und eitrige Meningitis.

7. 1898. Nr. 275. M., 53 Jahre. Eitrige Cholecystitis. Am Ausgang des Ductus choledochus ein erbsengrosser Stein. Hochgradige Arteriosklerose der Aorta. Aneurysma. Arteriosklerotische Schrumpfniere.

8. 1898. Nr. 298. W., 69 Jahre. Cholelithiasis. Wandung der Gallenblase verdickt und mit Eiter belegt. Abnorme

Kleinheit der Leber. Atrophie und fettige Degeneration des Herzens.

9. 1898. Nr. 387. W., 86 Jahre. Siehe unter Carcinom Nr. 7.

10. 1898. Nr. 555. W., 48 Jahre. Cholelithiasis. In der Gallenblase eitriger Inhalt. Primäres Lebercarcinom. Atrophie des Herzens. Allgemeiner Ikterus.

11. 1900. Nr. 239. M., 60 Jahre. Cholelithiasis. Chronische eitrige Cholangitis und Pericholangitis. Multiple Leberabszesse. Circumskripte eitrige Perihepatitis. Serofibrinöse Pleuritis. Im Ductus cysticus ein Stein. Chronische Pericarditis adhaesiva. Allgemeiner, schwerer Ikterus.

12. 1900. Nr. 355. W., 44 Jahre. Siehe unter Verwachsungen Nr. 15.

13. 1900. Nr. 460. M., 69 Jahre. Siehe eitrige Peritonitis Nr. 3.

14. 1900. Nr. 869. W., 63 Jahre. Eitrige und gangränöse Hepatitis, ausgehend von einer eitrigen nekrotisierenden Cholangitis. Gallenstein im Ductus hepaticus. Emphysem.

15. 1900. Nr. 997. M., 65 Jahre. Siehe unter eitriger Peritonitis Nr. 4.

16. 1900. Nr. 1010. W., 85 Jahre. Eitrige Cholecystitis. Leberabszess. Cholelithiasis. Lipomatose des Pankreas. Hochgradige Gehirnatrophie.

17. 1901. Nr. 401. M., 62 Jahre. Siehe unter Carcinom Nr. 12.

18. 1901. Nr. 446. W., 72 Jahre. Cholelithiasis. Eitrige Cholecystitis. Hypertrophie des linken Ventrikels. Anämie perniciosa.

19. 1901. Nr. 716. W., 52 Jahre. Siehe unter fibröse Peritonitis Nr. 3.

20. 1902. Nr. 216. M., 75 Jahre. Siehe unter diffuse eitrige Peritonitis Nr. 3.

21. 1902. Nr. 667. W., 49 Jahre. Ausgedehnte Cholelithiasis. Cholecystitis suppurativa. Akute Fettnekrose des peritonealen Fettes nach Totalexstirpation des Uterus.

22. 1902. Nr. 771. M., 61 Jahre. Siehe unter diffuser eitriger Peritonitis Nr. 6.

23. 1902. Nr. 845. W., 65 Jahre. Gallenblase mit eitrigem Inhalt, kommunizierend mit Leberabszessen. In dieser grosse Anzahl von Gallensteinen. Mit der Leber verwachsen. An der Mündung des Cysticus ein Stein. Serofibrinöse Pericarditis und Pleuritis. Hochgradige Anämie.

24. 1903. Nr. 98. W., 72 Jahre. Siehe unter Carcinom Nr. 15.

25. 1903. Nr. 153. W., 56 Jahre. Siehe unter Verwachsungen Nr. 21.

26. 1903. Nr. 345. W., 55 Jahre. Chronische fibröse und purulente Cholecystitis. Endotheliom der Serosa der Flexura sigmoidea.

27. 1903. Nr. 408. W., 88 Jahre. Siehe unter diffuser eitriger Peritonitis Nr. 8.

28. 1903. Nr. 423. M., 54 Jahre. Eitrige Cholecystitis und Cholelithiasis. Myodegeneratio cordis. Diabetes.

29. 1903. Nr. 468. M., 72 Jahre. Eitrige Cholangitis mit starker Erweiterung des Ductus choledochus. Gallensteine. Myodegeneratio cordis.

30. 1904. Nr. 426. W., 71 Jahre. Siehe unter diffuser eitriger Peritonitis Nr. 9.

Obliteration der Gallenblase.

Nicht selten kommt es auch durch chronische indurierende Entzündung der Gallenblase zu ihrer vollständigen Obliteration. Die Schleimhaut ist vollständig degeneriert, und anstatt der Gallenblase findet man dann an der Leiche nur einen Sack,

der die Gallensteine eng umschliesst und ausser ihnen sonst keinen Inhalt aufzuweisen hat.

Eine solche Obliteration der Gallenblase wurde in 21 Fällen angegeben. Diese waren in einem Drittel der Fälle mit Verwachsungen kompliziert.

VI.

1. 1895. Nr. 358. W., 31 Jahre. Obliteration der Gallenblase. Ductus cysticus durch einen Stein verstopft. Anämische Fettleber. Chronische Tuberkulose der Lungen.

2. 1895. Nr. 433. M., 66 Jahre. Siehe unter Verwachsungen Nr. 1.

3. 1895. Nr. 548. W., 31 Jahre. Siehe unter Verwachsungen Nr. 2.

4. 1895. Nr. 969. W., 84 Jahre. Cholelithiasis. Gallenblase vollkommen obliteriert. Adipositas, Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Senile Schrumpfniere.

5. 1896. Nr. 459. M., 61 Jahre. Cholelithiasis mit Obliteration der Gallenblase. Lebercirrhose. Lungenbrand, Septicämie.

6. 1896. Nr. 952. W., 54 Jahre. Siehe unter Verwachsungen N. 5.

7. 1897. Nr. 437. W., 77 Jahre. Cholelithiasis mit Obliteration der Gallenblase. Luetische Lebercirrhose. Adipositas und hochgradige Dilatation des Herzens. Hochgradige allgemeine Adipositas.

8. 1897. Nr. 460. M., 60 Jahre. Siehe unter Verwachsungen Nr. 7.

9. 1898. Nr. 194. M., 57 Jahre. Siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 6.

10. 1898. Nr. 569. W., 79 Jahre. Siehe unter Verwachsungen Nr. 9.

11. 1898. Nr. 571. W., 61 Jahre. Siehe unter Verwachsungen Nr. 10.

12. 1899. Nr. 945. W., 76 Jahre. Cholelithiasis. Obliteration der Gallenblase. Stauungsleber. Hochgradige Arteriosclerose der Coronargefässe. Hypertrophie des linken Ventrikels. Granularatrophie der Nieren.

13. 1899. Nr. 976. M., 58 Jahre. Gallenblase vollkommen obliteriert. Im Hals ein Stein eingekeilt. Aneurysma der Aorta. Atheromatose.

14. 1899. Nr. 1071. W., 57 Jahre. Cholelithiasis. Obliteration der Gallenblase. Polypöse Occlusion des Ductus cysticus. Stauungsleber, braune Herzatrophie. Peritonitis sicca.

15. 1900. Nr. 355. W., 44 Jahre. Siehe unter Verwachsungen Nr. 15.

16. 1900. Nr. 707. W., 45 Jahre. Cholelithiasis mit Obliteration der Gallenblase. Allgemeine Sepsis, ausgehend vom retromammären Abszess.

17. 1900. Nr. 1028. W., 26 Jahre. Cholelithiasis mit Verödung der Gallenblase. Akute eitrige Peritonitis.

18. 1900. Nr. 1034. W., 62 Jahre. Siehe unter Carcinom Nr. 11.

19. 1901. Nr. 611. W., 68 Jahre. Obliteration der Gallenblase. Cholelithiasis. Im Stein ein Cysticus eingekeilt. Adipositas cordis. Carcinoma uteri.

20. 1902. Nr. 894. W., 75 Jahre. Cholelithiasis. Obliteration der Gallenblase. Induration und Atrophie der Leber. Dilatation und Hypertrophie des Herzens. Hämorrhagische serofibrinöse Pleuritis. Schlaffe Pneumonie. Struma.

21. 1903. Nr. 325. W., 76 Jahre. Cholelithiasis mit Obliteration der Gallenblase. Marantische Thrombose. Thrombotische Erweichung der rechten Hemisphäre.

Steine in den Gallenwegen.

Interessante Aufschlüsse erhalten wir endlich, wenn wir die Befunde über die in den Gallenwegen befindlichen Steine kontrollieren. Es ist allerdings nicht zu entscheiden, ob wir hier auf der sogenannten Wanderung begriffene Steine vor uns haben, oder solche, die dabei stecken geblieben sind, sogenannte eingeklemmte Steine. Denn die Steine, die aus der Gallenblase kommen, werden durch einen entzündlichen Prozess, der den Flüssigkeitsdruck in der Gallenblase steigert, aus dieser hinausgetrieben und wandern durch den Ductus cysticus und choledochus in das Duodenum, was der Kliniker als einen erfolgreichen Anfall bezeichnet. Doch ist dieser günstige Ausgang relativ selten. Häufig finden die Steine in den Gallengängen Widerstände, die sie, wenn sie einigermassen gross sind, und die Schleimhaut der Gänge durch den entzündlichen Reiz der Steine geschwellt ist, nicht überwinden können. Hier rufen sie nun je nach ihrem Sitz verschiedene pathologische Veränderungen hervor. Dass z. B. ein den Cysticus verschliessender Stein einen Hydrops versicae felleae hervorrufen kann, bedarf weiterer Erklärung nicht, ebenso dass ein Choledochus- oder Hepaticusstein Ikterus bewirken wird. Finden wir in solchem Falle diese Erscheinungen nicht angegeben, so müssen wir annehmen, dass doch noch eine Kommunikation neben den Steinen hat stattfinden können; andrerseits kann auch Ikterus und Retentionshydrops entstehen, ohne dass Verschlusssteine vorhanden sind, wenn wir annehmen, dass eine allgemeine Infektion der Gallenabschlusswege stattgefunden hat, die mit einer derartigen Schwellung der Schleimhaut einhergeht, dass eine Kommunikation nicht mehr möglich ist.

Es wurden in 63 Fällen Steine in den Gallenausführungsgängen gefunden. Davon waren:

Cysticussteine 41
Choledochussteine 18
Hepaticussteine . . . . . 4.

Jedoch wurden davon bei den Cysticussteinen je einmal ein Hepaticus- und Choledochusstein, einmal in allen drei Gängen zugleich Steine gefunden.

Ein Retentionshydrops war elfmal zu konstatieren. Bei den Choledochussteinen, die ausser mit den obengenannten noch in einem Falle mit einem Hepaticusstein kompliziert waren, liess sich in zehn Fällen ein allgemeiner Ikterus feststellen.

VII.

1. 1895. Nr. 174. W., 36 Jahre. Stein im Ductus cysticus siehe unter Carcinom Nr. 1.

2. 1895. Nr. 343. W., 50 Jahre. Gallenstein im Ductus choledochus, dieser stark erweitert. Wandung verdickt. Leber nach links und unten verlagert. Myodegeneratio cordis.

3. 1895. Nr. 358. W., 31 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter Obliteration der Gallenblase Nr. 1.

4. 1895. Nr. 591. W., 51 Jahre. Cholelithiasis des Ductus cysticus durch einen kirschkerngrossen Stein verstopft. Gallenblase stark ausgedehnt.

5. 1895. Nr. 645. W., 50 Jahre. Stein im Ductus cysticus, hepaticus und choledochus, siehe unter Verwachsungen Nr. 3.

6. 1895 Nr. 788. W., 42 Jahre. Im Ductus cysticus ein erbsengrosser Stein. Gallenblase leer. Chronische hämorrhagische Nephritis.

7. 1895. Nr. 928. W., 57 Jahre. Verlegung des Ductus choledochus durch einen grossen Stein. Ductus cysticus gleichfalls. Allgemeiner Ikterus. Retroperitoneales Hämatom nach Laparotomie.

8. 1896. Nr. 72. W., 35 Jahre. Gallenstein im Ductus cysticus. Gallenblase prall gespannt. Pleuritis acuta.

9. 1896. Nr. 417. W., 62 Jahre. Eingekeilter Gallenstein im Ductus choledochus mit Ektasie desselben. Hochgradige Adipositas cordis. Allgemeine hochgradige Adipositas.

10. 1896. Nr. 761. W., 64 Jahre. Im Ductus cysticus ein eingekeilter Stein. Hypertrophie des linken Ventrikels. Apoplektischer Herd in der Capsula interna. Hypostatische Pneumonie.

11. 1896. Nr. 776. M., 75 Jahre. Stein im Ductus choledochus, siehe unter fibröser Peritonitis Nr. 1.

12. 1896. Nr. 1022. W., 45 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter Carcinom Nr. 2.

13. 1896. Nr. 1025. W. (?). Ein taubeneigrosser Stein in der Mündung des Ductus cysticus. Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels. Chronische fibrinöse Pleuritis.

14. 1896. Nr. 1048. M., 76 Jahre. Stein im Ductus choledochus, siehe unter Carcinom Nr. 3.

15. 1897. Nr. 162. W., 70 Jahre. Retentionshydrops der Gallenblase infolge Verlegung des Ductus cysticus durch einen Gallenstein. Schnürleber. Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Stauungsmilz.

16. 1897. Nr. 476. W., 57 Jahre. Cholelithiasis. Ein Stein im Ductus cysticus. Adipositas cordis. Embolie der Lungenarterie.

17. 1897. Nr. 492. M., 62 Jahre. Ein Stein im Ductus cysticus und Obliteration desselben, zwei im stark erweiterten choledochus. Ulceröse maligne Endocarditis. Ikterus.

18. 1897. Nr. 652. W., 46 Jahre. Obliteration des Ductus cysticus durch einen Gallenstein mit starkem Retentionshydrops. Fettige Degeneration der Leber und des Herzens. Oophoritis purulenta.

19. 1897. Nr. 762. M., 72 Jahre. Stein im Ductus choledochus, siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 5.

20. 1897. Nr. 857. M., 78 Jahre. Cholelithiasis. Ein

walnussgrosser Stein im Halsteil des Ductus cysticus eingekeilt. Atheromatose der Coronar- und Gehirngefässe. Pemphigus foliaceus.

21. 1897. Nr. 1083. M., 71 Jahre. Verlegung des Ductus cysticus durch einen Gallenstein. Stauungsleber. Fettnekrose des Pankreas. Akute verrucöse Endocarditis. Sklerose der Coronargefässe.

22. 1898. Nr. 182. W., 67 Jahre. Hydrops der Gallenblase infolge Verletzung des Ductus cysticus, siehe unter Carcinom Nr. 6.

23. 1898. Nr. 194. M., 57 Jahre. Steine im Ductus hepaticus und choledochus, siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 6.

24. 1898. Nr. 275. M., 53 Jahre. Stein im Ductus choledochus, siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 7.

25. 1898. Nr. 387. W., 86 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter Carcinom Nr. 7.

26. 1898. Nr. 405. W., 56 Jahre. Cholelithiasis. Verschluss des Ductus cysticus durch einen Stein. Sekundäres Carcinom der Gallenblase, ausgehend vom Magen. Sekundäre Carcinome des Zwerchfelles. Omentum maius und Drüsen. Braune Atrophie des Herzens.

27. 1898. Nr. 426. W., 67 Jahre. Cholelithiasis. Gallenblase erweitert. Ein Stein im Ductus cysticus eingekeilt. Chronische fibröse und calculöse Endocarditis. Hypertrophie und Dilatation des Herzens.

28. 1898. Nr. 716. W., 75 Jahre. Cholelithiasis und Cholecystitis. Verschluss des Ductus cysticus durch einen Stein.

29. 1899. Nr. 39. W., 54 Jahre. In der Mündung des Ductus choledochus ein eingekeilter Stein. Fettleber. Nekrose des Pankreas und des intra abdominalen Fettgewebes.

30. 1899. Nr. 45. (?). Ausgedehnte Cholelithiasis mit Verlegung aller grossen Gallenwege durch Gallensteine. Blase

klein und narbig eingezogen. Hochgradige biliäre atrophische Cirrhose der Leber. Schwerer allgemeiner Ikterus.

31. 1899. Nr. 273. W., 75 Jahre. Cholelithiasis im Ductus cysticus. Ein Stein. Allgemeine Arteriosklerose. Marasmus senilis.

32. 1899. Nr. 535. M., 43 Jahre. Cholelithiasis mit Choledochusverschluss durch einen Stein. Herzatrophie. Akute Pleuritis und Miliartuberkulose der Lungen.

33. 1899. Nr. 719. W., 70 Jahre. Hydrops der Gallenblase infolge Verschlusses des Ductus cysticus. Endocarditis calculosa und fibrosa. Braune Atrophie des Herzens. Carcinoma ventriculi.

34. 1900. Nr. 135. M., 60 Jahre. Cholelithiasis mit Übertreten mehrerer Steine in den Ductus choledochus, bedeutende Erweiterung desselben, sowie sämtlicher Gallengänge. Leberscirrhose. Erysipel. Mässiger Ikterus.

35. 1900. Nr. 239. M., 60 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 11.

36. 1900. Nr. 416. W., 76 Jahre. Cholelithiasis. Stein im Ductus cysticus. Braune Atrophie des Herzens. Chronische Tuberkulose der Lungen. Wanderniere rechts.

37. 1900. Nr. 427. M., 70 Jahre. Cholelithiasis. Ein Stein im Endstück des Ductus choledochus, in den anderen Gallengängen kleinere Steine. Dilatation des Herzens. Sepsis, von einer Phlegmone ausgehend. Hochgradiger Ikterus.

38. 1900. Nr. 469. W., 84 Jahre. Gallenstein im Ductus choledochus. Fibröse und calculöse Endocarditis. Eitrige Peritonitis, von einer Darmperforation ausgehend.

39. 1900. Nr. 629. W., 51 Jahre. Cholelithiasis mit Choledochusverschluss durch einen Stein. Ductus hepaticus und choledochus stellen eine hühnereigrosse Blase vor. Ductus cysticus obliteriert. Gallenblase klein. Ikterische Leber.

Allgemeiner Ikterus. Geschwür in der Duodenalschleimhaut, entsprechend dem Sitz des Gallensteins.

40. 1900. Nr. 869. W., 63 Jahre. Stein im Ductus hepaticus, siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 14.

41. 1900. Nr. 968. M., 68 Jahre. Cholelithiasis mit einem Stein im Ductus cysticus. Dilatatio und Adipositas cordis. Schlaffe Pneumonie.

42. 1900. Nr. 1034. W., 62 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter Carcinom Nr. 11.

43. 1901. Nr. 231. W., 74 Jahre. Gallenstein im Anfangsteil des Ductus cysticus. Carcinoma Mammae. Nephritis interstitialis.

44. 1901. Nr. 348. W., 62 Jahre. Stein im Ductus choledochus, siehe unter fibröser Peritonitis Nr. 2.

45. 1901. Nr. 401. M., 62 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter Carcinom Nr. 12.

46. 1901. Nr. 582. M., 49 Jahre. Cholelithiasis mit Einkeilung zweier Steine im Ductus cysticus. Atrophie der Leber und des Herzens. Progressive Paralyse.

47. 1901. Nr. 611. W., 68 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter Obliteration der Gallenblase Nr. 19.

48. 1901. Nr. 1014. M., 31 Jahre. Cholangitis tuberculosa. Im Ductus cysticus ein Gallenstein eingekeilt. Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels. Lungentuberkulose und Pleuraexsudat.

49. 1901. Nr. 1124. W., 56 Jahre. Ausgedehnte Cholelithiasis, ein Stein im Ductus cysticus eingekeilt. Apoplexie im Grosshirn.

50. 1902. Nr. 84. W., 67 Jahre. Stein im Ductus choledochus, siehe unter fibröser Peritonitis Nr. 4.

51. 1902. Nr. 248. M., 46 Jahre. Cholelithiasis. Stein im Ductus cysticus. Aneurysma des Aortenbogens. Hochgradige Sklerose der Bauchaorta.

52. 1902. Nr. 353. W., 44 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter Verwachsungen Nr. 19.

53. 1902. Nr. 771. M., 61 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter eitriger Peritonitis Nr. 6.

54. 1902. Nr. 845. W., 65 Jahre. Stein im Ductus cysticus, siehe unter eitriger Cholecystitis Nr. 23.

55. 1903. Nr. 36. W., 66 Jahre. Verlegung des Ductus cysticus durch einen Gallenstein. Retentionshydrops. Tuberkulöse Caries des zweiten Lendenwirbels. Psoasabszess.

56. 1903. Nr. 117. W., 53 Jahre. Verschluss des Ductus cysticus durch einen Stein. Hydrops der Gallenblase. Idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Stauungsorgane.

57. 1903. Nr. 279. M., 54 Jahre. Chronische Cholecystitis und Cholangitis. Stein im Ductus cysticus. Eitrige Perityphlitis nach Perforation des Wurmfortsatzes.

58. 1903. Nr. 494. W., 65 Jahre. Stauungshydrops der Gallenblase infolge Einkeilung eines Steines im Ductus cysticus. Sekundäres Lebercarcinom. Carcinom der Flexura sigmoidea. Beginnender Ikterus.

59. 1903. Nr. 613. M., 54 Jahre. Verschluss des Ductus cysticus durch Gallensteine. Stauungsinduration der Leber. Idiopathische Hypertrophie des Herzens. Chronische Pleuritis rechts. Allgemeiner Ikterus.

60. 1903. Nr. 704. W., 50 Jahre. Gallensteine im Ductus cysticus und hepaticus. Stauungsleber. Chronische fibröse und calculöse Endocarditis.

61. 1903. Nr. 798. W., 71 Jahre. Gallensteine im Ductus cysticus. Fettdegeneration des Herzens. Croupöse Pneumonie und Pleuritis adhaesiva.

62. 1904. Nr. 165. W., 36 Jahre. Cholelithiasis mit Einklemmung eines Steines in die Mündung des Choledochus auf der Höhe der Papille. Hochgradige Dilatation der grossen

Gallenwege. Beginnende parenchymatöse Degeneration der Leber. Beginnende fibröse Pericarditis. Schwerer allgemeiner Ikterus.

63. 1904. Nr. 195. W., 32 Jahre. Gallenstein im Anfangsteil des Ductus cysticus eingeklemmt. Hydrops der Gallenblase. Phthisis pulmonum. Pleuritis. Beginnende Darmtuberkulose.

Wie oben erwähnt, stellt sich die Prozentzahl aller Gallensteinbefunde auf ungefähr 10%. Daraus lassen sich folgende Zahlen berechnen:

Carcinom der Gallenblase in 0,23% aller Sektionen, d. i. 2,3% aller Gallensteinbefunde

diffuse eitrige Peritonitis	0,10%	(1,02%)
circumskripte fibröse Peritonitis	0,003%	(0,034%)
Verwachsungen	0,27%	(2,7%)
eitrige Cholecystitis	0,34%	(3,4%)
Obliteration der Gallenblase	0,24%	(2,4%)
Steine in den Gallengängen	0,68%	(6,8%).

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. von Bollinger, für die gütige Überlassung der Arbeit und Übernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen. Gleichen Dank schulde ich auch Herrn Dr. Siegfried Oberndorfer für die liebenswürdige Unterstützung bei derselben.

Litteratur.

1. v. Arx. Korrespondenzblatt Schweizer Ärzte. 1902. 19.
2. Bollinger. Münchner med. Wochenschrift. 1888.
3. — Über Gallensteinerkrankungen. Münchner med. Abhandlungen. 1. Reihe. Heft 4. München 1891.
4. Courvoisier. Kasuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege.
5. — Encyklopädie für Chirurgie von Koeher. 1901.
6. Czerny. Über Nekrose der Gallenblase. Münchner med. Wochenschrift. 1903. 22.
7. Deutz. Gallensteine u. ihre Folgen. Inaug.-Dissert. Kiel 1901.
8. Gerhardt. Die Pathogenese des Ikterus. Münchner med. Wochenschrift. 1905. 19.
9. Grawitz. Carcinom der Gallenblase. Charitéannalen. 1896. XXI.
10. Hofmeister. Med. Korrespondenzblatt des württembergischen ärztlichen Landesvereins. 1902.
11. Kehr. Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen. München, Lehmann. 1905.
12. Ketteler. Über Todesfälle bei Cholelithiasis. Inaug.-Dissert. Leipzig 1898.
13. Kluge. Statistische Untersuchungen über die Häufigkeit von Fällen tödlich verlaufender Gallensteinerkrankung vor und nach Einführung der Gallensteinoperation. Inaug.-Dissert. Erlangen 1901.
14. Kocher. Korrespondenzblatt Schweizer Ärzte 1900. 7.
15. König. Deutsche med. Wochenschrift. 1902. 7.
16. Naunyn. Klinik der Cholelithiasis.

17. Naunyn. Die heutige Lehre der Cholelithiasis. Therapie der Gegenwart. 1900. 9.
18. Reinelt. Zur Statistik und Ätiologie der Gallensteine. Inaug.-Dissert. München 1903.
19. Riedel. Die Pathogenese, Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens. Jena, Fischer. 1903.
20. Siegert. Zur Ätiologie des primären Carcinoms der Gallenblase. Virchows Archiv. 132. XVI. 353.
21. Spohr. Beiträge zur Pathologie des Gallenblasenkrebses.
22. Zenker. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 1899. 44.

Lebenslauf.

Ich, Otto Renner, bin geboren am 15. Dezember 1879 zu Wernigerode a. H. als Sohn des verstorbenen Oberkonsistorialrats D. Dr. R. Renner. Ich besuchte von Ostern 1889 an das fürstlich Stolbergsche Gymnasium daselbst und verliess es Ostern 1900 mit dem Zeugnis der Reife. Darauf studierte ich zunächst in München Medizin und bestand Ostern 1902 die ärztliche Vorprüfung. Das Wintersemester 1902/03 brachte ich in Halle zu; das folgende Sommersemester in Freiburg i. Br. Im Herbst 1903 kehrte ich nach München zurück und beendete hier am 21. Februar das medizinische Staatsexamen.